

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

751^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

FADEUILHE André

né le 12 Février 1923 à HANOÏ (Viet-Nam)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le :

ETUDE DE L'ALCOOLISME DANS LA NIEVRE

Données numériques
Etude psycho-sociale
Manifestations mentales

Président : M. J. DELAY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

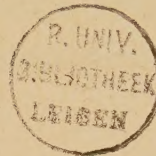
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : FADEUILHE

Prénom : André

Date de soutenance :

N° d'ordre :



1

FADEUILHE André
Etude de l'Alcoolisme
dans la Nièvre. Données nu-
mériques. Etude psycho-so-
ciale. Manifestations men-
tales.
Paris Dact. In 4° 61 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

2

FADEUILHE André
Etude de l'Alcoolisme dans
la Nièvre. Données numériques
Etude psycho-sociale. Mani-
festations mentales
Paris Dact. In 4° 61 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

3

FADEUILHE André
Etude de l'Alcoolisme dans
la Nièvre. Données numériques
Etude psycho-sociale. Mani-
festations mentales.
Paris Dact. In 4° 61 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

4

FADEUILHE André
Etude de l'Alcoolisme dans
la Nièvre. Données numériques
Etude psycho-sociale. Mani-
festations mentales
Paris Dact. In 4° 61 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547108_0038

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

FADEUILHE André

né le 12 Février 1923 à HANOÏ (Viet-Nam)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le :

ETUDE DE L'ALCOOLISME DANS LA NIEVRE

Données numériques
Etude psycho-sociale
Manifestations mentales

Président : M. J. DELAY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Bactériologie.	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy).	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu.
	Saint-Antoine.
	Salpêtrière.
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MARCHAL (G.)
	ALAJOUANINE (T.)
	Broussais
	GENNES (L. de)
	Cochin.
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié.
	St-Antoine.
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT (M.)
	Baudelocque
Cliniques obstétricales	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	Port-Royal.
	Tarnier
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LACOMME (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	N . . .
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	VARANGOT (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	RENARD (G.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	AUBRY (M.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	MARIE (J.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Pitié)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LELONG (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	COSTE (F.)
Clinique urologique (Cochin)	DECHAUME (M.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	SÉNÈQUE (J.)
Embryologie.	LEMAIRE (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	FEY (B.)
Histologie	DJOURNO (A.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	GIROUD (A.)
	N . . .
	VERNE (J.)
	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)	
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)	
Parasitologie	GALLIARD (H.)	
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)	
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)	
Pathologie médicale	N . . .	
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)	
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)	
Physiologie	BINET (L.)	
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)	
Physique médicale	DOGNON (A.)	
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	
Technique chirurgicale	PATEL (J.)	
Thérapeutique	BROUET (G.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (G.) COUINAUD (G.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lre} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.), m. conf.	Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHT (G.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Ol.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)		
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)		
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{lre} L.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	DEROBER (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
	JOSEPH (R.)	Pneumo phthisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	NOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		CERNÉA (P.)
	LEVY (Mlle J), pr. s. ch.	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
Pharmacologie	BOISSIER (J.)		GRELLET (M.)
	LECHAT (P.)		CHASSAGNE (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.	Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
	DEJOURS (P.)		QUENU (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)	Clinique obstétricale . . .	MAYER (M.)
Clinique chirurgicale . . .	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)		
	ROUX (M.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	VERNE (J.-M.)		OFFRET (G.)
	HAGOFNEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique oto-rhino-laryngo-	
	BOUDIN (G.)	logique	MADURO (R.)
	CONTE (M.)	Clinique pédiatrique et pué-	
Clinique médicale	DOMART (A.)	riculture	LAPLANE (R.)
	MILLIEZ (P.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	PERRAULT (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . . M. LENA (J.)

Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires { M^{me} CONTET (J.), M^{lles} LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme

A mes enfants

A la mémoire de mes parents

Aux miens

A mes amis

A Monsieur le Professeur J. DELAY

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux.

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A Monsieur le Docteur J.Y. ACHALLE

Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Médecin Directeur à la Charité s/Loire

dont nous sommes l'interne depuis 3 ans.

Son sens clinique, son dynamisme réalisateur ont été pour nous la source d'enrichissements quotidiens.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de nos sentiments reconnaissants pour la constante bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et l'assurance de notre fidèle attachement.

A Monsieur le Docteur P. L[^]OO

Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Ses enseignements riches et variés ont
été de précieux guides dans notre forma-
tion psychiatrique.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur G. LECOMTE

Nous nous félicitons d'avoir pu profiter
de ses conseils lors de notre orientation
psychiatrique.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
gratitude.

I N T R O D U C T I O N

==::==::==::==::==

Depuis le mémoire de LUNIER lu à L'Académie Impériale de Médecine en 1869 et le cri d'alarme lancé par Th. ROUSSEL en 1871, voici près d'un siècle que le corps médical français ne cesse d'attirer l'attention sur ce phénomène social qu'est l'alcoolisme.

Ce sont d'abord les manifestations cliniques de l'intoxication éthylique qui ont fait l'objet des travaux, et cela surtout à partir du début du XIXème siècle.

Les plus grandsaliénistes ont, par ailleurs, tenté de dégager les raisons profondes qui font que certains individus sont enclins à cette intoxication. Après MAGNAN, qui le premier analyse la psychologie de l'éthylique, JANET constate la fréquence d'une composante psychasthénique chez les sujets qui ont tendance à "boire".

Avec ces deux auteurs, on a alors tendance à ne plus considérer le buveur comme un méprisable ivrogne,

mais comme un malade victime de son psychisme et de ses institutions sociales.

Mais c'est surtout la doctrine psychanalytique qui a permis de comprendre la personnalité du buveur, les conditions d'apparition et de persistance de son intoxication.

Au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes, tenu à Liège en 1954, M. CHARLIN, envisageant les données cliniques, biologiques, psychologiques, psychométriques, psychanalytiques, brosse un tableau complet des conceptions modernes de l'alcoolisme. A côté des travaux du Centre Américain de "Yale University", il rappelle notamment ceux de MM. DESHAIES, FELDMANN, de MORSIER, PERRIN, REQUET, BERSOT, LECOCQ, FOUQUET

Devant le développement intensif actuel de l'alcoolisme, des études statistiques ont été entreprises pour tenter d'apprécier l'importance de ce fléau. Sully LEDERMANN en particulier, a fourni les meilleurs documents chiffrés qui ont été, jusqu'à ce jour, établis dans ce domaine.

Parallèlement, on a voulu chercher à expliquer les causes de cette extension.

C'est alors que la notion de baisse du "facteur

de tolérance à l'alcool" a été invoquée par certains auteurs, notion qui tente d'expliquer le fait, non pas par l'augmentation progressive du nombre des buveurs excessifs, mais par la moindre résistance de l'individu à l'agression toxique. Ce point de vue, pressenti par J. DUBLINEAU, repris par P. FOUQUET, a été l'objet d'études approfondies de la part de REQUET et NACHIN qui écrivent : "L'évolution de la civilisation moderne diminue l'individu en face d'une société qui lui demande de plus en plus ..., asservissement technique, rendement, responsabilité, vitesse d'adaptation et de tensionnerveuse"..., et la décompensation devant l'agression toxique sera alors essentiellement psychiatrique.

La recrudescence de l'alcoolisme depuis l'après-guerre semblait donc un fait démontré. Les pouvoirs publics avaient fini par en comprendre tous les dangers et s'étaient décidés à prendre les mesures nécessaires.

C'est alors que BOREL dans son livre "Le vrai problème de l'alcoolisme" s'élève avec force contre ce qui paraissait évident : "Depuis dix ans, écrit cet auteur, on a tant répété que la France était alcoolique, on l'a soutenu sous tant de formes, que cette notion, parfaitement fausse a pénétré de plus en plus largement dans l'opinion publique. Elle est devenue une véritable croyance collective, un mythe, avec la force qui s'attache à ce genre de croyance".

BOREL envisage notamment la fragilité avec laquelle le diagnostic d'alcoolisme peut être porté dans les hôpitaux psychiatriques, les erreurs statistiques qui peuvent être commises en ce qui concerne le nombre des entrées pour alcoolisme dans ces établissements, entraînant obligatoirement lorsque ces chiffres sont centralisés, une vue erronée de la question.



Vu à travers l'hôpital psychiatrique, l'alcoolisme ne se montre que sous un de ses aspects : c'est celui de l'individu qui a pris "la seconde route du vin en passant par la psychiatrie", laissant ainsi de côté tous les autres cas où l'éthylisme entraîne des troubles autres que ceux dus à une atteinte du psychisme. C'est en tous cas, nous semble-t-il, son aspect le plus intéressant.

Mais une étude faite sous cet angle particulier a généralement pour base un énoncé de statistiques, et nous en connaissons tous les dangers.

On peut penser que les entrées, la durée de séjour, l'âge par exemple, sont des éléments d'appréciation d'exactitude maxima. BOREL a pourtant souligné combien en ce qui concerne les entrées, l'erreur pouvait être grande dès le départ. Elle nous paraît cependant évitable dans une étude

qui a pour cadre un département autre que celui de la Seine, et la Nièvre en particulier.

Par ailleurs, dans un travail qui se voudrait purement statistique, avec toutes les exigences que cela comporte, le domicile, la profession, la situation familiale ..., peuvent être d'appréciation délicate : ce sont autant de circonstances psychosociales, pouvant varier chez un même individu.

Enfin on conçoit le risque d'erreur couru, quand il s'agit de mettre en chiffres la clinique psychiatrique qui, plus que tout autre, sans doute, manque de nosographie précise.

Que nos chiffres donc, diffèrent quelque peu de ceux résultant de travaux semblables exécutés dans d'autres régions, et il nous sera facile d'en attribuer la cause à l'imperfection même de notre méthode de travail, à notre interprétation personnelle.

Mais, ne peut-on pas penser aussi que les facteurs sociaux et économiques, variables d'une région à l'autre, interviennent dans une certaine mesure et dans certains cas pour expliquer des résultats différents.

Et, n'ayant finalement aucune prétention statistique, nous avons simplement tenté d'établir ici quelques

données numériques. Ayant profité d'une expérience de quelques années d'internat à l'Hôpital psychiatrique de la Charité-s/ Loire, nous avons ainsi voulu contribuer à une étude sur l'alcoolisme dans le département de la Nièvre.

Nous avons pour cela, repris tous les dossiers des malades alcooliques, entrés dans l'établissement dans le service des hommes, pendant une période de dix ans, de 1948 à 1957 : nous avons ainsi étudié les dossiers de 923 malades.

Si nous avons trouvé dans les dossiers datant de ces quatre ou cinq dernières années des renseignements cliniques complets, ainsi que de nombreuses enquêtes sociales, notre tâche s'est avérée de plus en plus difficile à mesure que nous reculions dans le temps.

Dans ce travail, donc, qui aurait voulu être complet, nous n'avons pu envisager certains facteurs dont l'intérêt nous paraissait pourtant des plus évident.

EVOLUTION DES ENTREES

====

Les statistiques indiquant le nombre des entrées pour alcoolisme à l'établissement et établies par tous les Médecins-Chefs qui se succédèrent à l'Hôpital Psychiatrique de la Nièvre, dans les années antérieures à celles que nous nous sommes proposé d'étudier, pourraient permettre, semble-t-il, d'avoir une idée plus précise de l'importance et de l'évolution de l'alcoolisme dans le département. L'examen des rapports médicaux de fin d'année nous a montré la difficulté d'une telle appréciation. En effet :

1°) Des transferts souvent importants, qui avaient lieu jadis chaque année en provenance des hôpitaux psychiatriques de la Seine, viennent obligatoirement fausser les chiffres dans une étude qui se veut essentiellement départementale.

2°) Nous avons noté, par ailleurs, que le pourcentage des malades hospitalisés à l'établissement et étrangers au département, était autrefois assez élevé :

il atteignait certaines années 20 à 30 %.

3°) Enfin, jusqu'en 1914, l'examen des rapports médicaux montre l'intérêt que l'on portait alors à l'étude étiologique des maladies mentales, intérêt que régulièrement les Médecins-Chefs ne cessaient de rappeler. Distinguant des causes prédisposantes (héréditaires et personnelles) et des causes déterminantes (morales et physiques), ces Médecins en dressaient des tableaux très détaillés : l'alcoolisme y est à chaque fois mentionné le plus souvent comme cause déterminante. Or, il est curieux de remarquer que les chiffres ne concordent pas avec ceux d'un autre tableau titré : "Diagnostic de la folie des Aliénés". Certains Médecins l'ont expliqué par le fait qu'ils n'ont pu, dans certains cas, poser le diagnostic de "Folie alcoolique" lorsque cet alcoolisme, en tant que cause prédisposante, n'était pas absolument certain. De plus, dans ce même et deuxième tableau, à côté de la "Folie alcoolique", figure la "Paralysie générale"; et L. MAUPATE écrivait en 1904 : "Le nombre des paralytiques généraux est assez élevé; la syphilis, l'alcool, le surmenage et les excès de toute nature sont les causes habituelles de cette terrible déchéance". Or, si l'éthylisme entraînait, à cette époque, dans l'étiologie de cette "paralysie générale", le facteur alcool n'y est pas chiffré. Et il faut attendre 1919 pour que soient classés séparément "Alcoolisme" et "Paralysie générale". Notons, en passant, qu'à partir de cette date

et jusqu'en 1930, figure la rubrique "Folie des Dégénérés", "Avec ou sans antécédants alcooliques".

En réalité, jusque vers 1910, si les divers Médecins-Chefs déplorent la fréquence de l'éthylisme comme facteur de maladie mentale, ils ne notent pas d'aggravation numérique (en tenant compte de toutes les entrées, et à la faveur des transferts, massifs ou non, le pourcentage des éthyliques oscillait entre 5 et 10 %); E. FAUCHER écrivait en 1898 : "Par rapport aux formes de folie, les alcooliques à Paris, tiennent le premier rang pour le pourcentage. On a observé de même dans les folies urbaines une progression corrélatrice de la folie alcoolique ... On peut affirmer qu'il y a beaucoup de "buveurs d'habitude" dans le département et s'ils ne deviennent pas fous, c'est grâce à la toxicité moindre des boissons en usage. Les essences et les alcools frelatés entrent pour beaucoup dans les causes des troubles mentaux observés chez les alcooliques de villes. Dans notre département au contraire, c'est le vin récolté dans le pays et qui n'est rarement falsifié que l'on consomme de préférence. De là, moins de folies toxiques".

Par la suite et épisodiquement certains Médecins-Chefs signalaient une augmentation du nombre des entrées pour alcoolisme lorsque le pourcentage s'approchait ou dépassait légèrement 20 %.

Il semble, en fait, que le nombre des entrées ne s'est progressivement élevé qu'à partir des années qui suivirent la dernière guerre, comme cela a été noté dans les autres départements.

Les enquêtes officielles entreprises par MM. AUJALEU et JEAN auprès des Médecins des Hopitaux psychiatriques de France, ainsi que par l'Institut National d'Hygiène, ont en effet démontré la recrudescence de l'alcoolisme depuis cette époque. DESRUELLES en 1951 avait déjà noté le fait dans son rapport médical de fin d'année. Mais comme il le signalait lui-même, il ne faut pas perdre de vue que le nombre des entrées pour maladies mentales autres qu'ell'alcoolisme a également régulièrement progressé. Si, donc, l'éthylisme n'est pas la cause unique de l'encombrement actuel des Hôpitaux psychiatriques, il faut remarquer cependant que le pourcentage des entrées pour alcoolisme s'élève régulièrement de façon inquiétante. Témoin le tableau suivant :

Années	Entrées toutes causes	Entrées alcoolisme	Pourcentage alcoolisme
1948	123	21	17,2 %
1949	158	43	27,2 %
1950	213	71	33,3 %
1951	235	85	27,7 %
1952	247	92	36,6 %
1953	280	94	33,9 %
1954	294	121	41,5 %
1955	267	101	35,7 %
1956	332	136	40,9 %
1957	376	159	42,9 %

Cette statistique élimine bien entendu d'éventuels changements de mode de placement au cours de l'hospitalisation.

Cependant, nous y avons inclus les rechutes et les réinternements.

Ce tableau comprend également les malades étrangers au département, soit 4 %. Il s'agit là d'un faible pourcentage. Signalons d'abord que les transferts n'existent plus. D'autre part, si l'on a pu dire que la

démographie n'avait pas de frontières, il nous paraît en tous cas logique ici de ne pas éliminer les quelques malades qui, bien qu'étrangers au département vivent dans le même cadre socio-économique. L'Hôpital psychiatrique de La Charité sur Loire est en effet situé aux abords de la frontière départementale : quelques centaines de mètres le séparent du département du Cher. A part quelques exceptions les malades qui n'ont pas leur domicile de secours dans la Nièvre, habitent cependant les localités voisines de l'établissement.

Nous n'avons pu vérifier avec exactitude et cela, pour les raisons que nous avons indiquées au début de ce chapitre, un accroissement de la morbidité psychiatrique éthylique, parallèlement à la morbidité psychiatrique en général, à la veille d'évènements collectifs graves, comme l'avait constaté REQUET; signalons seulement que la courbe des entrées à l'Hopital, toutes causes, (et en éliminant les malades étrangers au département), marque deux flèches pour les années 1913/14 et 1939/40

Enfin, pour clore ces données sur l'évolution des entrées dans le temps, remarquons qu'au cours de ces dix années, les mois de Janvier et d'Août se détachent nettement comme étant ceux où les entrées sont les plus nombreuses : le soleil, la chaleur, et les excès qui s'en suivent

n'interviennent donc, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, que de façon relative dans l'éclosion des troubles mentaux de l'éthylisme (et précisons encore que d'Octobre à Mars il y a autant d'entrées que d'Avril à Septembre).

ETUDE PSYCHO SOCIALE

==::~==::~==

Etant donné la pluralité des facteurs qui entrent en jeu dans le déterminisme de l'alcoolisme, REQUET insiste sur la nécessité d'étudier le buveur dans son cadre social c'est à dire "son hérédité, sa famille, son passé, son conjoint, son foyer, son rythme d'emploi, son habitat, son milieu professionnel, son emploi, son lieu de travail, son salaire etc ...

Des études aussi approfondies exigent, en fait, toute une organisation dévouée à cette seule cause.

A l'Hôpital psychiatrique des renseignements de cet ordre nous sont fournis par les enquêtes sociales. Si elles ont été faites le plus souvent possible, elles n'ont pu l'être de façon systématique.

Aussi envisagerons nous seulement des données assez simples, mais qui nous permettront cependant d'avoir quelques notions sur ce qu'est le buveur psychiatrique,

sur son mode habituel d'intoxication ... Ceci nous permettra par la suite et dans certains cas de faire intervenir ces différents facteurs dans les manifestations cliniques.

FACTEURS HEREDITAIRES ET ACQUIS

==:==:==:==:==:==:==

En ce qui concerne les facteurs héréditaires nous envisagerons seulement le rôle que peut jouer l'alcoolisme parental.

L'éthylisme a été noté dans les antécédents familiaux des malades à des fréquences variables qui vont selon les statistiques de 25 à 85 %.

En ne tenant compte que des cas où l'hérédité a pu être établie de façon précise, nous avons trouvé un alcoolisme parental à un pourcentage de 31 %.

Cette hérédité alcoolique est en tous cas bien moindre chez les autres malades mentaux. La fréquence, de cette hérédité chez le buveur a fait envisager, par certains auteurs, un véritable besoin héréditaire, un état "d'alcoolisme hérédoconstitutionnel" selon l'expression de LEGRAIN. Ce point de vue a été sévèrement critiqué par d'autres. DESHAIES écrit : "Le buveur n'hérite pas de

l'alcoolisme parental, mais du déséquilibre, de l'arriération, de la cyclothymie, des déficiences ou des dysfonctions organiques de ses parents, ce qui lui vaut d'être à la fois plus sensible à l'alcool et plus prédisposé à l'alcoolisme".

Pour FELDMANN, il faut y voir surtout un caractère acquis "lié à l'influence du milieu dans lequel vit l'enfant et aux exemples auxquels il est soumis quotidiennement". Le rôle exact de l'éthylisme parental dans le déterminisme de l'alcoolisme ne paraît donc pas nettement défini.

Nous avons par ailleurs remarqué que l'hérédité alcoolique était fréquente chez les buveurs qui présentaient des troubles du caractère généralement graves. Ne peut-on pas penser alors que ce comportement antisocial peut relever en quelque sorte souvent d'un facteur acquis : si les exemples auxquels l'enfant est soumis quotidiennement l'entraînent volontiers vers des habitudes éthyliques comme le dit FELDMANN; l'exemple de ce même milieu alcoolique, où l'on peut supposer que la discorde et les disputes sont la règle, ne favorise-t-il pas l'éclosion de troubles du caractère ?

Parmi les facteurs acquis, l'importance des traumatismes céphaliques est généralement admise. On peut dire que 30 % des buveurs signalent un trauma cranien dans leurs antécédents. En ne tenant compte que des cas où le

traumatisme était assez important et s'accompagnait au moins d'une perte de connaissance, nous en avons relevé 38 cas.

Le paludisme est également considéré comme un facteur non négligeable : nous l'avons relevé chez 10 malades.

SITUATION FAMILIALE

====

Même dans les cas où les enquêtes sociales ont été faites, celles-ci n'apportent pas toujours des renseignements suffisamment détaillés pour permettre d'avoir une opinion exacte sur le milieu familial de l'éthylisme.

Signalons seulement qu'environ 23 % des alcooliques sont célibataires : si, l'on tient compte de l'âge moyen des entrées pour éthylisme à l'hôpital, lequel assez élevé, ce pourcentage nous paraît relativement important.

La proportion des malades divorcés ou séparés, est également assez élevée. Si l'alcoolique est souvent la cause de la dissociation familiale, il ne faut pas pour autant accabler le buveur dans tous les cas : cette étude nous a montré que certains individus étaient devenus des alcooliques parce que l'épouse ne savait pas tenir son budget, manquant d'ordre et de prévoyance, ne s'occupait pas

de son intérieur, ... Nous avons également noté plusieurs cas où la femme elle-même était alcoolique : quel est alors celui qui a entraîné l'autre ? Il faut aussi reconnaître dans ces cas, nous l'avons remarqué quelquefois, que "qui se ressemble, s'assemble"...

A G E

⇐:::=

L'alcoolique psychiatrique est un individu d'âge mûr. Nous avons en effet trouvé comme âge moyen : 46 ans, les deux âges extrêmes étant en général 18 et 70 ans. Signalons qu'un des malades a présenté sa première ivresse, entraîné par des camarades à l'âge de 12 ans. Un autre malade a été interné à l'âge de 82 ans : s'il existait des signes net d'intoxication, il n'y avait aucun affaiblissement intellectuel.

L'âge moyen étudié sur chacune des dix années n'a guère varié à part quelques fluctuations. Cependant, si au début de cette période étudiée, les graphiques montrent que les âges se groupaient autour des 40 - 50 ans, la courbe semble devoir s'étaler davantage par la suite. Cela s'explique par le fait que depuis cinq ou six ans les malades entrent volontairement à l'Hôpital pour suivre une cure de désintoxication, et y viennent plus jeunes. L'étalement du graphique vers les âges plus élevés peut-il se comprendre par les

pourcentages concernant l'âge des malades entrés au cours de l'année 1957 :

Avant 20 ans	1,5 %
de 21 à 30 ans	8,5 %
de 31 à 40 ans	16,6 %
de 41 à 50 ans	33,5 %
de 51 à 60 ans	27,5 %
de 61 à 70 ans	7,6 %
de 71 à 80 ans	4 %

NIVEAU PROFESSIONNEL

==::==::==::==

Il eut été intéressant d'étudier le niveau professionnel des malades suivant les différentes catégories de l'I.N.S.E.E. qui ont servi de base à un travail sur l'alcoolisme présenté par G. DAUMEZON au Congrès des Aliénistes à Pau (1953). Mais les données que nous possédons ne nous autorisent pas à un travail aussi précis.

Il est admis que certaines professions favorisent l'alcoolisation. Aussi avons nous classé les différents métiers de la façon suivante :

Groupe I : professions "de force" et qui "donnent soif": manoeuvres, ouvriers du bâtiment, mineurs, chauffeurs de fours ...

Groupe II : professions où le travail musculaire est peu important, voire inexistant : menuisiers, corbonniers, coiffeurs, commerçants, employés de bureau.

Groupe III : "Ouvriers d'usine", que nous avons classés à part car c'est surtout, semble-t-il, chez ce groupe d'individus que peut être appréciée la notion de baisse de tolérance à l'alcool, selon les conceptions de certains auteurs.

Groupe IV : professions agricoles : c'est à dire les cultivateurs et leurs salariés; il s'agit là en général du buveur d'habitude, souvent producteur de vin, de cidre, ou d'eau de vie, buvant parce qu'il a l'impression que cela ne lui coûte rien, et dont les préjugés sont solidement ancrés (l'alcool est un aliment, l'alcool est nécessaire au travail etc ...);

Groupe V : professions où il est de tradition de "boire un verre" : garçons de café, représentants de commerce ...

Groupe VI : "employés S.N.C.F." : parce que c'est souvent la seule indication que nous ayons trouvée dans les dossiers. Mais, malgré les activités professionnelles différentes, cela représente un groupement corporatif qui peut avoir des incidences sur les habitudes éthyliques.

Groupe VII : retraités

Groupe VIII : professions intellectuelles

Groupe IX : chômeurs.

Le pourcentage des divers groupes professionnels ainsi définis se répartit, pour l'ensemble des dix années de la façon suivante :

Groupe I	:(métier de force)	27 %
Groupe II	:(travail musculaire négligeable)	24 %
Groupe III	:(ouvriers d'usine)	10 %
Groupe IV	:(professions agricoles)	24 %
Groupe V	:(tradition de "boire un verre").	3 %
Groupe VI	:(S.N.C.F.)	7 %
Groupe VII	:(retraités)	5 %
Groupe VIII	:(Professions intellec- tuelles)	I diz.
Groupe IX	:(Chômage)	I vingtaine.

On peut donc remarquer que :

I°) - Les professions intellectuelles sont en quantité négligeable.

2°) - Il en est de même pour les individus en chômage : l'alcoolisme n'est-il pas à vrai dire conditionné par le pouvoir d'achat.

3°) - Il est intéressant de noter que contrairement à ce que nous aurions pu supposer, la proportion des professions agricoles est à peine du quart; les autres professions manuelles sont deux fois plus nombreuses; et dans ces dernières l'importance du travail musculaire ne semble guère intervenir dans le déterminisme de l'alcoolisme.

L'étude des diverses professions des malades hospitalisés pour troubles mentaux autres que ceux dus à l'alcoolisme, montre des pourcentages très voisins et qui ne sont maintenus dans le temps comme le montrent des tableaux très détaillés qui figuraient jadis dans les rapports médicaux.

Aucune classe professionnelle ne semble donc touchée plus particulièrement par l'alcoolisme que par toute autre cause de morbidité psychiatrique.

Par ailleurs, si dans chacune des dix années étudiées, les différents groupes professionnels sont représentés, avec de très légères fluctuations, par les pourcentages que nous avons indiqués, il nous semble cependant que la proportion des "ouvriers d'usine", des "employés S.N.C.F." et des "retraités" a légèrement tendance à augmenter progressivement et cela aux dépens, peut être, des professions agricoles.

La baisse de tolérance à l'alcool de l'indi-

vidu devant le rythme de vie actuel peut faire comprendre l'augmentation du nombre des entrées des malades classés "ouvriers d'usine" et "S.N.C.F.", mais il faut aussi tenir compte de la baisse de tolérance du milieu vis à vis de cet individu : nombreux sont ceux, dans ce groupe de travailleurs, auxquels la cure de désintoxication a été imposée soit par la famille elle-même, soit par les entreprises auxquelles ils appartiennent.

Mais à côté de cet alcoolisme du travail, ainsi conçu s'oppose alors l'alcoolisme des "loisirs" qui semble également en progression : remarquons seulement que parmi ces "retraités" près de 30 % sont d'anciens "S.N.C.F." mis à la retraite à un âge relativement jeune, ces individus ont conservé les habitudes éthyliques qu'ils avaient alors qu'ils étaient en activité.

D O M I C I L E

==::==::==

La répartition des malades d'après leur domicile de secours a permis à certains auteurs, et dans certains départements, d'opposer le monde rural au monde citadin; à l'intérieur même de ces départements, cela a permis aussi d'apprécier la morbidité psychiatrique éthylique selon les régions plus ou moins productrices d'alcool.

Ce mode de sélection n'apporte, dans la Nièvre, aucun élément d'appréciation valable. En effet :

1°) - Cela ne permet pas d'opposer de façon précise l'alcoolique de ville à l'alcoolique rural. Nevers, avec ses 35.000 habitants est en fait une grosse bourgade dans ce département où se trouve quelques autres villes secondaires. Remarquons seulement que près de 30 % des malades ont leur domicile de secours dans les centres industriels du département (Fourchambault, Garchysy, Guérigny, Varennes les Nevers, Imphy, La Marche).

2°) - La Nièvre produit un vin blanc de qualité, mais cette production y est de quantité minime. Ce département n'est pas non plus spécialement producteur de cidre ou d'eau-de-vie. La production d'alcool du département ne peut donc pas être retenue comme une des causes favorisant l'alcoolisme local, ce qui confirme du reste les données qui suivent.

MODES D'INTOXICATION

====

Nous envisagerons, pour terminer ce chapitre, le mode d'intoxication, dont l'appréciation exacte est du reste des plus délicates.

Dans la Nièvre, le vin est en cause dans plus de 90 % des cas. Et, bien que ce département soit, comme nous venons de le dire, producteur de vin blanc réputé, il s'agit dans la presque totalité des cas d'une intoxication, au vin rouge, et cela exclusivement.

C'est en effet rarement que se trouve associée à cette intoxication vinique, une intoxication par la bière, le cidre, l'eau de vie, les apéritifs ... Signalons enfin que les buveurs qui consomment uniquement du cidre sont l'exception.

Par ailleurs, outre leurs habitudes éthyliques, deux malades s'intoxiquaient également à l'éther, et deux autres à la morphine et à la cocaïne.

On a souvent attribué à une manifestation clinique particulière un mode d'intoxication spécial. C'est ainsi qu'il est classique de dire que les troubles du caractère, les délires aigus, se voient essentiellement chez les malades dont l'intoxication est vinique. Cette notion se confirme dans la Nièvre où de telles manifestations se rencontrent chez les malades à un pourcentage très élevé. Mais remarquons que des études faites dans des régions où le cidre est la consommation habituelle, ont également montré la fréquence de ces mêmes troubles neuropsychiatriques, et cela dans des proportions voisines à celles que nous

avons observés.

Si le buveur avoue facilement sa boisson "préférée", il est, cela est bien connu, beaucoup moins précis lorsqu'il s'agit d'en préciser les doses.

Indiquer une dose moyenne, basée sur ce qu'avoue boire l'ensemble des malades, nous paraît correspondre à rien de précis et semble, de plus, sans aucune utilité pratique. Les malades dont l'absorption d'alcool est modérée par rapport à ceux dont les excès sont importants, peuvent en effet, présenter des troubles identiques et parfois aussi graves que ces derniers. Lorsque le malade ne supporte plus l'alcool, lorsque la décompensation psychiatrique se produit, de multiples facteurs entrent en jeu et qui sont tout aussi importants que ce facteur alcool-quantité qui va, en ce qui concerne le vin, de deux litres et moins à sept-huit litres et plus.

Enfin la durée de l'intoxication qui a précédé l'apparition des troubles neuropsychiatriques, si elle est variable selon les individus, nous paraît, cependant intervenir plus nettement dans le déclenchement de certaines manifestations cliniques, ce que nous signalerons par la suite.

DIVERSITE DES SYMPTOMES CLINIQUES

==::~==::~==::~==::~==

Jadis l'alcoolique était interné parce qu'il présentait des troubles mentaux graves : "folie alcoolique", "paralysie générale" ... etc. Il s'agissait de l'éthylique à proprement parler psychiatrique.

Actuellement, à côté de ce type de malade, identique aujourd'hui à ce qu'il était autrefois, il y a place à l'Hôpital pour une autre catégorie de buveurs : ceux qui viennent volontairement, et généralement en cure libre, suivre une cure de désintoxication; les troubles neuropsychiatriques y sont le plus souvent minimes.

Si quelques tableaux cliniques ont pu être isolés, les limites n'en sont pas cependant nettement définies dans tous les cas.

Les modes réactionnels du cerveau à l'intoxication éthylique sont en effet complexes : chaque individu semble posséder un seuil héréditaire, ou peut-être acquis dans certains cas, à partir duquel il pourra

extérioriser un syndrome mental teinté des interréactions du milieu dans lequel il vit.

Lorsque le "trop plein" débordera, la décompensation pourra donc se manifester d'une manière ou d'une autre. Mais il faut remarquer que cette notion d'excès n'est pas toujours celle qui conditionne directement l'éclosion d'un trouble neuropsychiatrique. D'autres manifestations peuvent, non plus être liées étroitement à cette agression toxique, mais bien au contraire à sa suppression : et l'observation clinique de l'éthylique en milieu hospitalier, n'est-elle pas avant tout celle d'un individu auquel un sevrage brusque a été imposé.

Les troubles de l'abstinence, s'ils sont connus depuis longtemps, ont fait l'objet de peu de travaux en comparaison de ceux qui se rapportent aux manifestations que l'on rattache directement aux excès éthyliques.

GISLIN en 1931 semble être le premier qui ait fait une étude systématique de la question. D'autres auteurs par la suite ont insisté sur les troubles du sevrage. Mais les opinions restent partagées sur le rôle exact du sevrage dans l'apparition de ces troubles, car pour certains "le défaut de boisson est toujours bienfaisant".

Nous envisagerons donc dans ce chapitre les syndromes neuropsychiatriques les mieux délimités; nous

tenterons d'apprécier dans quelques cas le rôle qu'a pu jouer le sevrage dans leur apparition.

DELIRES ALCOOLIQUES AIGUS

==::==::==::==::==::==::==::==::==

Comme le signalaient déjà MOREAU de TOURS, LASEGUE, REGIS à propos des psychoses toxiques, le trouble psychique principal et commun à tous ces alcooliques chroniques mentaux, est un état de rêve avec la confusion comme conséquence.

Les délires alcooliques aigus, paroxysmes fréquents de cet onirisme hallucinatoire, offrent un tableau clinique assez particulier pour que nous puissions les isoler en premier.

Souvent désignés par l'expression unique de délirium tremens, il semble qu'il soit nécessaire de distinguer deux tableaux cliniques différents. DUCHENNE, PERRIN, PERON, DAUNEZON, DUBLINEAU entre autres, ont insisté sur la nécessité d'isoler le delirium tremens et de rejeter des statistiques les délires subaigus ou bouffées confuso-oniriques, de pronostic bien meilleur; selon en effet qu'on a le diagnostic de delirium tremens facile ou pas, les statistiques qui envisagent notamment le taux de mortalité, seront absolument divergentes. Mais déjà, MAGNAN

lui-même, et qui avait dans cette description admirable individualisé ce délire aigu, parlait de ces "extraordinaires statistiques" dans lesquelles on voit d'un côté une mortalité effroyable, et de l'autre une bénignité qui étonne".

Dans leur étude très complète sur "Le delirium tremens" COIRAULT et H. LABORIT s'élèvent contre un tel fait et précisant les signes distinctifs des deux syndromes cliniques. Ces auteurs insistent sur le caractère particulier, de la confusion qui est plus profonde, le tremblement qui est plus important, la présence des mouvements anormaux, l'agitation psychomotrice qui persiste plus longtemps que dans les boufées confuso-oniriques. "Il nous semble, précisent-ils par ailleurs, qu'il ne peut être parlé de delirium tremens sans fièvre ... elle monte jusqu'à 39 - 40°C".

L'étude de tous les dossiers des malades entrés au cours de ces dix années nous a montré que plus d'un éthylique sur quatre avait présenté un délire subaigu.

En tenant compte de la part d'erreur imputable à notre interprétation personnelle, nous avons vu, d'autre part, y trouver seulement une trentaine de cas de delirium tremens.

Nous avons noté comme âge moyen de tous ces délires alcooliques : 49 ans. Il est donc sensiblement plus

élevé que l'âge moyen des entrées pour alcoolisme (46 ans). Ces manifestations sont en effet des accidents tardifs de l'intoxication éthylique. Une bouffée confuso-onirique, forme habituellement rencontrée a pu survenir chez un sujet jeune (25-30 ans) mais il s'agissait cependant toujours d'un individu buvant depuis de nombreuses années. Quant au delirium tremens, il s'agit là d'un accident grave, se déclarant chez un sujet imprégné de longue date et chez lequel on trouve habituellement des lésions organiques associées (cirrhose notamment).

Aucune profession ne s'est détachée de façon nette comme étant celle où les délires sont les plus fréquents : certains auteurs ont en effet noté que la masse paysanne chez laquelle l'intoxication est habituellement massive en était le plus fréquemment atteinte.

Enfin, les causes déclenchantes de ces manifestations n'ont pu être appréciées qu'assez rarement : elles sont connues, qu'il s'agisse d'un traumatisme, d'une infection, ou même de soucis, d'une émotion ...! Beaucoup d'auteurs actuellement accusent le sevrage dans l'apparition de ces états. Les delirium à "potu suspenso" sont certes les troubles de l'abstinence qui sont les mieux connus. Nous avons observé plusieurs cas où le sevrage brusque paraissait nettement en cause : il s'agit en général d'un malade qui présente le lendemain, voire 2 ou 3 jours après

son entrée, les premiers signes d'un délire alcoolique. Nous rappellerons ici la notion du stress envisagée par certains auteurs; au moment du sevrage il y a mise en tension de toutes les possibilités organiques : c'est le stress qui sera suivi d'un état de moindre résistance et le délire s'installe alors.

Après la rémission de l'accès il est rare de voir persister des manifestations délirantes. La croyance délirante a pu exceptionnellement persister quelques jours.

Nous avons noté cependant le cas d'un malade chez lequel un état délirant et hallucinatoire post-onirique s'était installé et avait duré plus de trois mois.

Observations : Jean L... 46 ans.

Incarcéré début Février 1957, pour une importante affaire de dépôt d'armes et de munitions à laquelle il était indirectement impliqué.

Transféré de la Maison d'Arrêt quelques jours après pour un délire alcoolique subaigu.

Guéri de son accès quatre jours après, il est à nouveau incarcéré.

Libéré de prison au bout d'un mois, il entre une nouvelle fois à l'établissement début Avril.

Il présente alors un syndrome fait d'hallucinations auditives et d'idées délirantes de persécution. Il entend des personnes l'accuser et se servir à cet effet d'un "microphone"; on dit de lui "qu'il est communiste", qu'il est "interdit de séjour"; il déclare que deux personnes le surveillent et vont l'arrêter. Pendant la période se situant entre la sortie de prison et l'entrée à l'hôpital, le malade erre dans les rue de la ville et sonne à la prison pour se faire arrêter.

Cette observation montre, comme l'ont signalé quelques auteurs, le rôle du sevrage, d'une part dans le déclenchement de la bouffée confuso-onirique, et d'autre part dans l'apparition des troubles délirants et hallucinatoires subaigus qui ont suivi; BONHOEFFER, en 1901, rapporte en effet l'apparition d'état hallucinatoires aigus paraissant secondaires à la privation d'alcool chez les individus venant d'être incarcérés. HEUYER et FOUQUET ont décrit dans leur article sur les psychoses carcérales toutes ces manifestations aiguës en rapport avec le sevrage.

En fait, l'incorporation comporte plusieurs facteurs : quelle est ici la part du choc émotionnel, du traumatisme affectif, du sevrage lui-même; une sommation de causes et sans doute nécessaire à provoquer un stress qui

engendra de tels troubles.

IVRESSES ANORMALES ET TROUBLES DU CARACTERE

1. **Project Overview**
 2. **Objectives**
 3. **Scope**
 4. **Stakeholders**
 5. **Timeline**
 6. **Budget**
 7. **Risks**
 8. **Conclusion**
 9. **Appendix**
 10. **References**
 11. **Index**
 12. **Glossary**
 13. **Abbreviations**
 14. **Acronyms**
 15. **Footnotes**
 16. **Endnotes**
 17. **References**
 18. **Index**
 19. **Glossary**
 20. **Abbreviations**
 21. **Acronyms**
 22. **Footnotes**
 23. **Endnotes**
 24. **References**
 25. **Index**
 26. **Glossary**
 27. **Abbreviations**
 28. **Acronyms**
 29. **Footnotes**
 30. **Endnotes**
 31. **References**
 32. **Index**
 33. **Glossary**
 34. **Abbreviations**
 35. **Acronyms**
 36. **Footnotes**
 37. **Endnotes**
 38. **References**
 39. **Index**
 40. **Glossary**
 41. **Abbreviations**
 42. **Acronyms**
 43. **Footnotes**
 44. **Endnotes**
 45. **References**
 46. **Index**
 47. **Glossary**
 48. **Abbreviations**
 49. **Acronyms**
 50. **Footnotes**
 51. **Endnotes**
 52. **References**
 53. **Index**
 54. **Glossary**
 55. **Abbreviations**
 56. **Acronyms**
 57. **Footnotes**
 58. **Endnotes**
 59. **References**
 60. **Index**
 61. **Glossary**
 62. **Abbreviations**
 63. **Acronyms**
 64. **Footnotes**
 65. **Endnotes**
 66. **References**
 67. **Index**
 68. **Glossary**
 69. **Abbreviations**
 70. **Acronyms**
 71. **Footnotes**
 72. **Endnotes**
 73. **References**
 74. **Index**
 75. **Glossary**
 76. **Abbreviations**
 77. **Acronyms**
 78. **Footnotes**
 79. **Endnotes**
 80. **References**
 81. **Index**
 82. **Glossary**
 83. **Abbreviations**
 84. **Acronyms**
 85. **Footnotes**
 86. **Endnotes**
 87. **References**
 88. **Index**
 89. **Glossary**
 90. **Abbreviations**
 91. **Acronyms**
 92. **Footnotes**
 93. **Endnotes**
 94. **References**
 95. **Index**
 96. **Glossary**
 97. **Abbreviations**
 98. **Acronyms**
 99. **Footnotes**
 100. **Endnotes**
 101. **References**
 102. **Index**
 103. **Glossary**
 104. **Abbreviations**
 105. **Acronyms**
 106. **Footnotes**
 107. **Endnotes**
 108. **References**
 109. **Index**
 110. **Glossary**
 111. **Abbreviations**
 112. **Acronyms**
 113. **Footnotes**
 114. **Endnotes**
 115. **References**
 116. **Index**
 117. **Glossary**
 118. **Abbreviations**
 119. **Acronyms**
 120. **Footnotes**
 121. **Endnotes**
 122. **References**
 123. **Index**
 124. **Glossary**
 125. **Abbreviations**
 126. **Acronyms**
 127. **Footnotes**
 128. **Endnotes**
 129. **References**
 130. **Index**
 131. **Glossary**
 132. **Abbreviations**
 133. **Acronyms**
 134. **Footnotes**
 135. **Endnotes**
 136. **References**
 137. **Index**
 138. **Glossary**
 139. **Abbreviations**
 140. **Acronyms**
 141. **Footnotes**
 142. **Endnotes**
 143. **References**
 144. **Index**
 145. **Glossary**
 146. **Abbreviations**
 147. **Acronyms**
 148. **Footnotes**
 149. **Endnotes**
 150. **References**
 151. **Index**
 152. **Glossary**
 153. **Abbreviations**
 154. **Acronyms**
 155. **Footnotes**
 156. **Endnotes**
 157. **References**
 158. **Index**
 159. **Glossary**
 160. **Abbreviations**
 161. **Acronyms**
 162. **Footnotes**
 163. **Endnotes**
 164. **References**
 165. **Index**
 166. **Glossary**
 167. **Abbreviations**
 168. **Acronyms**
 169. **Footnotes**
 170. **Endnotes**
 171. **References**
 172. **Index**
 173. **Glossary**
 174. **Abbreviations**
 175. **Acronyms**
 176. **Footnotes**
 177. **Endnotes**
 178. **References**
 179. **Index**
 180. **Glossary**
 181. **Abbreviations**
 182. **Acronyms**
 183. **Footnotes**
 184. **Endnotes**
 185. **References**
 186. **Index**
 187. **Glossary**
 188. **Abbreviations**
 189. **Acronyms**
 190. **Footnotes**
 191. **Endnotes**
 192. **References**
 193. **Index**
 194. **Glossary**
 195. **Abbreviations**
 196. **Acronyms**
 197. **Footnotes**
 198. **Endnotes**
 199. **References**
 200. **Index**
 201. **Glossary**
 202. **Abbreviations**
 203. **Acronyms**
 204. **Footnotes**
 205. **Endnotes**
 206. **References**
 207. **Index**
 208. **Glossary**
 209. **Abbreviations**
 210. **Acronyms**
 211. **Footnotes**
 212. **Endnotes**
 213. **References**
 214. **Index**
 215. **Glossary**
 216. **Abbreviations**
 217. **Acronyms**
 218. **Footnotes**
 219. **Endnotes**
 220. **References**
 221. **Index**
 222. **Glossary**
 223. **Abbreviations**
 224. **Acronyms**
 225. **Footnotes**
 226. **Endnotes**
 227. **References**
 228. **Index**
 229. **Glossary**
 230. **Abbreviations**
 231. **Acronyms**
 232. **Footnotes**
 233. **Endnotes**
 234. **References**
 235. **Index**
 236. **Glossary**
 237. **Abbreviations**
 238. **Acronyms**
 239. **Footnotes**
 240. **Endnotes**
 241. **References**
 242. **Index**
 243. **Glossary**
 244. **Abbreviations**
 245. **Acronyms**
 246. **Footnotes**
 247. **Endnotes**
 248.

Le comportement impulsif se rencontre souvent chez le buveur. Il est, en tous cas, une des raisons fréquentes qui motivent le placement à l'hôpital psychiatrique. Les malades qui entrent en état d'ivresse excitomotrice sont à vrai dire moins nombreux que ceux qui, dégrisés, et après s'être montrés violents quelques instants auparavant, jurent de leur innocence et protestent contre la légitimité de leur internement.

Dans beaucoup des cas enfin, seule une enquête sociale permet de révéler le comportement antisocial de ces malades.

Il se peut que de tels troubles soient rares, voire accidentels, chez un éthylique, mais le plus souvent ces troubles du caractère et du comportement se reproduisent presque journellement chez de tels malades qui sont en quelque sorte en état d'ébriété permanente.

C'est surtout en milieu familial que l'alcoolique se montre sous cet aspect, brutalisant femme et enfants, les menaçant de mort constamment. L'épouse interrogée, raconte alors tous les sévices endurés depuis de nombreuses années,

disant le grand soulagement qu'elle éprouve de voir ainsi son mari interné. Il arrive pourtant que cette même épouse ne tarde pas à minimiser ses déclarations antérieures, et exiger la sortie du mari peu de temps après son entrée à l'hôpital. J. DUBLINEAU et S. FOLLIN ont insisté sur l'aspect psycho-pathologique du couple, montrant la fréquence d'une épouse peu évoluée, (par rapport à un mari généralement intelligent), et ayant déjà subi l'influence d'un père autoritaire et parfois alcoolique qu'elle a retrouvé dans cette union.

Observation : Henri L... 42 ans, manoeuvre.

Placé d'office en 1957 à la suite de troubles graves du caractère et du comportement en milieu familial.

Quatre internements antérieurs.

A l'entrée : opposant, protestataire, refusant de répondre aux questions.

Signes d'imprégnation éthylique importants.

A commencé à boire très jeune (étant adolescent), mais les excès datent surtout du service militaire.

L'E.G.G. a montré des signes d'atrophie cortico-sous-corticale.

L'E.E.G. est normal : rythme alpha abondant, de bonne réactivité; pas de modifications du tracé à l'hyperpnée et à la S.L.I. Les tests de WECHSLER-BELLEVUE, BENDER, ROSEN-ZWEIG, RORCHACH; ont montré :
un Q.I. à 123.

Le scatter est assez identique à celui donné par une personnalité psychopathique; affectivité désadaptée, égocentrisme, impulsivité forte.

L'épouse a déclaré de façon très détaillée toutes les brutalités qu'elle endurait de la part de son mari. Elle a montré (ainsi que les parents du malade.) les nombreuses traces des coups qu'elle porte sur le corps. Et pourtant elle a réclamé avec insistance, verbalement et par lettres, la sortie de son mari peu de temps après l'internement.

Remarquons également ce détail : elle a des relations sexuelles avec le père du malade depuis quelques années; ce dernier, éthylique, lui-même ne représente-t-il pas plus que le mari, le père qu'elle a retrouvé, selon les conceptions de DUBLINEAU et FOLLIN.

Cette observation semble, d'autre part, mettre en évidence les troubles profonds de la personnalité du malade. Si une ivresse banale et sans histoire, peut révéler les

tendances psychologiques de l'individu ("on a le vin triste ou on a le vin gai"), l'ivresse grave et impulsive, extériorise par contre cela semble admis par la plupart des auteurs; des tendances caractérielles ou des troubles psychopathologiques latents.

Selon DUBLINEAU et DUCHENNE, pour que le buveur s'oriente vers des troubles du caractère, trois conditions isolées ou conjointes leur paraissent nécessaires :

1°) - Un type particulier de structure caractérielle.

2°) - Les facteurs acquis : pouvant donner par eux-mêmes des troubles graves du caractère et dont l'acquisition ne peut éventuellement qu'aggraver les tendances constitutionnelles.

3°) - Une intoxication essentiellement vinique.

Nous avons précédemment envisagé le rôle des facteurs acquis ainsi que le mode d'intoxication (rappelons que dans la Nièvre, celle-ci est essentiellement vinique et que les troubles du caractère se rencontrent fréquemment). En ce qui concerne la structure caractérielle on peut l'admettre comme résultant, chez le malade dont nous venons de donner l'observation, de l'hérédité alcoolique : le père et la mère sont en effet des éthyliques notoires. Mais, cette

hérédité alcoolique intervient-elle toujours en tant que facteur constitutionnel, tel que l'a notamment envisagé DESHAIES. Les troubles du caractère, déjà présents chez les parents éthyliques ne sont-ils pas simplement un exemple à suivre comme nous l'avons déjà signalé; et l'éthylisme parental n'agirait alors dans ce cas qu'en temps que facteur acquis pour le malade présentant un comportement anti-social. De plus, la femme de ce malade est également alcoolique; elle l'était avant de connaître son mari ("qui se ressemble, s'assemble"). On imagine alors aisément ce milieu familial où chacun vit pour la bouteille, où le vin lève toutes les barrières de la moralité, en même temps qu'il fait éclore des disputes obligatoires entre tous ses membres : et ce malade "caractériel" ne l'est peut-être au fond, pas plus que les autres. S'il est dangereux et par conséquent interné, n'est-ce pas simplement parce que c'est lui qui frappe le plus fort ? Du reste, le comportement anti-social de ce malade ne date que de trois à quatre ans alors qu'il s'intoxique abondamment depuis plus de vingt ans : cette longue période d'intoxication ne nous paraît pas indispensable pour que s'extériorise une structure caractérielle qui, si elle existe, aurait peut être dû se manifester plus tôt.

CRISES CONVULSIVES

"Tout individu qui habituellement sobre, absorbe en quelques heures une dose massive de boisson alcoolique, s'expose à être atteint de crises convulsives "

(MARCHAND) : en fait, il est rare qu'un individu présente dans ces conditions de tels accidents.

Il est par ailleurs généralement admis que, chez les éthyliques, des crises convulsives peuvent s'observer lorsqu'ils se livrent à de plus forts excès de boisson. Ici donc (et comme précédemment), le facteur quantité est considéré comme essentiel dans le déclenchement de ces états convulsifs.

A côté de cette notion qui envisage que les crises convulsives sont directement liées à l'absorption exagérée d'alcool, quelques auteurs, ont, au contraire, insisté sur le rôle de la suppression de l'alcool dans l'apparition de telles manifestations. LENNOX en 1941 signale que 21 % des crises ne se produisent pas à l'acmé de l'intoxication, mais dans ses suites à la période d'évaporation. KALNOWSKI en 1942 accuse le sevrage dans la responsabilité des crises de la soi-disant épilepsie alcoolique. GEDDS (1950) souligne que malgré l'abaissement du seuil convulsivant sous l'influence de la toxémie, l'apport d'alcool est suffisant pour provoquer des crises. ISBELL (1955) rapporte les résultats de son expérimentation clinique sur des sujets maintenus en état d'imprégnation, puis brusquement

sevrés, et décrit l'apparition de crises convulsives franches chez deux d'entre eux.

Avant d'envisager ce facteur sevrage, signalons que la proportion des éthyliques qui présentent des crises est difficile à apprécier de façon exacte. En ne tenant compte évidemment que des cas où l'alcoolisme paraît en être directement la cause, il nous semble que plus de 9 % des malades ont eu au moins une crise convulsive.

Nous avons, par ailleurs, trouvé comme âge moyen : 48 ans. La presque totalité de ces malades s'intoxiquaient depuis longtemps, et cette longue période d'intoxication apparaît ici être un élément important.

Nous avons sélectionné les trente-cinq derniers malades entrés à l'établissement qui ont présenté des crises convulsives et chez lesquels aucun traitement risquait d'en modifier l'apparition. Il n'y avait, de plus, chez ces malades, aucun antécédent comitial connu antérieur à l'intoxication ni, de même aucun autre facteur (trauma crânien par exemple) qui aurait pu jouer un rôle dans l'apparition de ces accidents.

I°) - Chez 10 malades, les crises étaient survenues avant leur séjour à l'hôpital. Deux d'entre eux ont eu également des crises au cours de leur hospitalisation.

2°) - Les 25 autres malades ont présenté leur crise pendant leur séjour à l'établissement. Un seul malade (mais aussi peut être un autre) avait eu des crises précédemment.

La crise s'est produite :

Chez 9 malades : au cours de la bouffée confuso-onirique ayant motivé l'admission.

Chez 1 malade : au cours d'un delirium tremens s'étant déclaré deux jours après l'admission.

Chez 3 malades : dans les 2 premiers jours de l'hospitalisation.

Chez 1 malade : le 3ème jour de l'hospitalisation.

Chez 1 malade : le 4ème jour de l'hospitalisation.

Chez 1 malade : le 9ème jour de l'hospitalisation.

Chez 1 malade : le 21ème jour de l'hospitalisation.

Chez 1 malade : 1 mois après l'admission.

Chez 2 malades : 36 jours après l'admission.

On peut donc admettre que pour la première catégorie de ces malades, les excès éthyliques ont déclenché les crises, et que la suppression d'alcool leur a été bénéfique.

Mais il faut reconnaître que le sevrage joue également un rôle non négligeable. En effet :

10 malades ont eu des crises au cours d'un délire aigu qui s'est manifesté dès l'admission. De telles manifestations, délire et crises, ne peuvent-ils pas être considérés dans ces cas, comme la conséquence d'un sevrage brutal ? (Signalons en passant que 13 % de l'ensemble des délires aigus observés ont été accompagnés de crises).

9 malades ont présenté des crises dans les 72 premières heures de leur hospitalisation, c'est à dire au moment où le syndrome de sevrage est maximum, et 3 autres avant le 9ème jour.

Enfin, l'évolution de ces accidents comitiaux est, cela semble admis par la plupart des auteurs, généralement favorable si les excès sont supprimés. Mais ces "crises de sevrage", directement en rapport avec l'alcoolémie, ne sont-elles pas celles dont le pronostic est le meilleur ?

Il se pose alors le problème de "l'épilepsie alcoolique" : ces accidents, occasionnels, entrent-ils dans ce cadre ? Faut-il au contraire ne parler d'épilepsie alcoolique que lorsque la maladie sera en quelque sorte "organisée", lorsque les crises traduiront une "souffrance cérébrale" apparue après une longue période d'intoxication et qu'elles n'aient alors dans ces cas généralement aucune tendance à disparaître après suppression du toxique.

L'E.E.G. n'a apporté à ces problèmes pathologiques des éclaircissements que de façon relative.

Les enregistrements E.E.G. n'ont pas été pratiqués de façon systématique chez tous les malades. Cependant, les quelques 200 enregistrements qui ont été faits, montrent la fréquence des anomalies électriques chez l'éthylique :

1°) - Généralement le rythme alpha est de mauvaise qualité et souvent associé à une activité rapide

2°) - Il existe également des tracés au rythmes plus lents.

3°) - La S.L.I. peut parfois faire apparaître des réponses anormales à type de pointe-onde.

La normalisation (même pour les tracés qui sont très perturbés) est l'évolution habituelle dans un temps

malades sont d'abord des psychopathes : "la dépression appelle l'excitation", et cela par l'alcool dans le cas présent, comme l'a décrit DESHAIES. Mais faut-il pour autant comme semble le faire BOREL, rejeter ces malades d'une étude de statistique concernant l'alcoolisme. Si la dépression, avec son évolution cyclothymique qui la caractérise, appartient à une nosographie bien à part, il reste néanmoins vrai que certaines d'entre elles sont fortement "arrosées". On ne peut nier, semble-t-il, la symptomatologie éthylique lorsqu'elle existe de façon manifeste, même sur une structure psychotique.

Mais il est de nombreux autres cas où cet état psychopathique semble ne pas exister. Les états dépressifs qu'on observe alors ne peuvent être rapportés à la prise de conscience, par l'alcoolique, de sa déchéance. La plupart des auteurs voient là, l'extériorisation de tendances morbides : "in vino veritas". Ces malades aux troubles profonds de la personnalité, arrivent à l'hôpital déprimés, anxieux, insomniaques ... S'il arrive que ces troubles s'amendent spontanément il peut arriver qu'un traitement soit nécessaire à la guérison.

Enfin, nous avons observé des malades chez lesquels la symptomatologie dépressive n'était apparue que quelques jours après leur entrée : il semble que dans ces cas

le sevrage en soit la cause, comme l'ont noté quelques auteurs. A côté des signes physiques bien connus consécutifs à l'abstinence, les syndromes psychiques ont été par contre beaucoup moins bien étudiés. JISLIN (1931) a décrit dans les premiers jours du sevrage des modifications de l'humeur et du comportement à type de dépression. Quelques autres auteurs ont insisté par la suite sur l'apparition de telles manifestations après suppression de l'alcool.

BENSOUSSAN écrit : "cette pénible sensation de dépression, d'aneantissement, d'impuissance à affronter ce réveil menaçant, s'accompagne en règle d'une anxiété particulièrement évidente chez certains, d'une impression de souffrance cérébrale... On voit combien tous ces signes psychiques sont liés entre eux et reproduisent un véritable tableau mélancolique".

Nous avons observé quelques cas où de véritables états dépressifs s'étaient ainsi installés plusieurs jours après l'admission du malade. Il est probable qu'une observation clinique rigoureuse aurait révélé très souvent des formes mineures, caractérisant ainsi les syndromes psychiques du sevrage.

L'évolution de ces "pénibles malaises de l'abstinence" (DROMARD - 1902) a été favorable spontanément.

Signalons que la plupart des auteurs semblent

d'accord pour admettre que les facteurs biologiques jouent un rôle capital dans l'apparition de ces états dus à l'abstinence et rapidement résolutifs, et que, au contraire, les perturbations psychopathologiques profondes sont à l'origine des troubles qui peuvent se manifester bien plus tard.

ETATS DELIRANTS

==::==::==::==

Si les idées de jalousie sont fréquentes chez l'alcoolique, il ne nous a pas été donné, par contre, d'observer le passage à la chronicité et l'installation du classique délire de jalousie à base d'interprétation. Nous n'avons pas observé non plus, de délire chronique hallucinatoire. Nous en avons relevé un cas dans les dossiers des malades que nous n'avons pas connus. C'est dire donc, la rareté des délires alcooliques chroniques.

Les épisodes délirants subaigus, semblent par contre plus fréquents.

Il peut s'agir d'états délirants et hallucinatoires post-oniriques : ce réveil de l'état onirique a fait l'objet d'études approfondies de la part de REGIS. Nous en avons déjà parlé en envisageant l'évolution des délires aigus, signalé leur rareté.

Voici par ailleurs, l'observation d'un malade dont le syndrome mental semble devoir rentrer dans le cadre des hallucinoses alcooliques, telles que les ont décrites les auteurs allemands, et qui ont été reprises par MARTIN-SANTOS, BENEDETTI, HOPE et ADAMS.

Observation : Stéphane W ... 43 ans, manoeuvre.

Premier séjour à l'établissement en 1956 pour des troubles de l'humeur et du caractère. A l'entrée : signes d'imprégnation importants. Boit 3 litres de vin rouge par jour.

Quelques idées de jalousie.

Pas de manifestations hallucinatoires.

Deuxième séjour en 1957 :

Persistance des idées de jalousie, mais surtout : Syndromes hallucinatoires très nets : entend "des voix qui l'énervent", qui l'insultent.

Eléments d'automatisme mental : pensée dirigée, commentaire des actes.

Pas de délire systématisé : vagues idées de persécution, "il doit y avoir un chef dans cette bande".

Perplexité : "Je ne comprends pas ce qui se passe, je ne sais pas ce qu'ils me veulent".

Angoisse, anxiété très importante : "Je deviens fou, je n'en peux plus".

Les troubles ont disparu en trois semaines.

Le malade a fait un nouveau séjour en 1958 et présentait alors un syndrome analogue. Cependant la rémission a été plus longue à se produire.

Les examens paracliniques ont montré :

E.G.G. : signes d'atrophie cortico-sous corticale.

L.C.R. : légère albuminorachie à 0,47 (ce qui a été signalé par quelques auteurs).

E.E.G. : anomalies peu importantes.

Il faut remarquer chez ce malade la conservation de la conscience, caractère qui permet de différencier de telles manifestations des états crépusculaires; il faut noter également l'intense sentiment d'angoisse, qui est signalé par certains auteurs comme étant toujours présent.

Quel est l'avenir de ce malade ? Le passage à la chronicité est une éventualité probable à la faveur des rechutes. L'atrophie cérébrale qui n'aura alors que tendance à s'aggraver est de plus un élément de fâcheux pronostic.

Dans le cadre de ces encéphalopathies chroniques et subaigues, signalons enfin que nous avons noté deux cas seulement de syndrome de KORSAKOFF.

DEMENCES ALCOOLIQUES

==::==::==::==::==

La démence alcoolique est difficile à définir. HECAEN et de AJURIAGUERRA (1956) la décrivent ainsi :

"A mesure que l'intoxication progresse, il se manifeste l'obtusion intellectuelle si caractéristique de l'alcoolique chronique, avec la bradypsychie, l'imprécision de la pensée, le déficit de l'attention, l'impossibilité de synthèse, l'orientation floue et approximative, les troubles du jugement. Cet état que caractérise si bien le terme d'abrutissement peut prendre encore un aspect nettement démentiel ... reproduisant l'aspect classique de la pseudo-paralysie générale alcoolique".

Cette déchéance physique, morale, et intellectuelle se rencontre de façon exceptionnelle. Nous n'avons jamais observé l'évolution vers le gâtisme et la cachexie. La réversibilité de ces démences nous paraît être, en effet, le mode évolutif le plus habituel; l'examen des dossiers des malades que nous n'avons pas connus, semble également confirmer ce fait. Par contre, des études faites dans des régions où le cidre est le mode d'intoxication habituel, ont montré au contraire la fréquence de ces démences éthyliques, ainsi que leur aggravation progressive malgré la suppression du toxique : faudrait-il alors attribuer au type de boisson utilisé un certain rôle dans l'apparition de ces états.

Mais il est bien plus fréquent de rencontrer des affaiblissements intellectuels modérés, dont le trouble essentiel porte sur les fonctions amnésiques : là encore la

régression se produit dans un délai généralement court.

Nous avons enfin noté deux cas de pseudo-paralysie générale alcoolique. Toutes deux furent réversibles. Chez l'un de ces malades, le psychisme était redevenu normal en quatre à cinq mois.

Observation : Henri H... 47 ans, hôtelier.

Entré à l'établissement en Juillet 1957.

Affirme ne faire aucun excès éthylique.

Déficit amnésique, atteignant surtout la mémoire de fixation.

Trouble du jugement. Perte de l'autocritique.

Indifférence à sa situation. Euphorie.

Léger tremblement digito-lingual.

Troubles dysarthriques.

Pupilles serrés réagissant mal à la lumière et à la distance.

L'E.E.G. montre un tracé plat avec un alpha rare et une surcharge en myogrammes.

L'E.G.G. témoigne d'une atrophie caractérisée par une dilatation énorme des sillons de la convexité avec confluence en plaques, et sans augmentation du volume des cavités ventriculaires.

Comme nous l'avons dit, ce malade s'est

progressivement amélioré (signalons qu'une échelle d'intelligence de WECHSLER-BELLEVUE a montré en Octobre 1957 une détérioration de 3 %, donc négligeable.)

Par ailleurs, l'atrophie cérébrale est, pour quelques auteurs un élément important en faveur de l'irréversibilité de ces démenances. L'atrophie sous-corticale ne serait-elle pas alors l'élément le plus péjoratif.

PSYCHOSES AVEC "APPOINT ALCOOLIQUE"

==:==:==:==:==:==:==:==:==:==

Depuis l'année 1953, à la demande du Ministère figure dans les rapports médicaux de fin d'année, à côté de la statistique des "psychoses alcooliques", celle des "psychoses avec appoint alcoolique"; le pourcentage de ces dernières est de 6 %.

BOREL écrit à ce sujet : "il faudrait d'abord s'entendre sur le sens à donner au mot "appoint" : c'est par définition un élément qui ajoute quelque chose, qui complète un objet, une somme. Mais à quoi se rapporte l'appoint éthylique d'une maladie, à l'étiologie, à la symptomatologie, ou à l'évolution ? On devrait d'abord le déterminer, ce dont on ne paraît se soucier".

Considéré sous l'angle étiologique, cet

auteur discute le rôle que peut jouer cet appoint dans l'apparition des troubles psychotiques. Nous avons déjà dit que les anciens Médecins-Chefs de l'établissement (et il en était sans doute de même ailleurs) attachaient beaucoup d'importance à la recherche des causes des maladies mentales. Signalant la difficulté qu'ils avaient à apprécier le rôle exact que pouvait y jouer dans certains cas l'intoxication éthylique, ils établissaient cependant des statistiques dont ils reconnaissaient eux-mêmes le peu de valeur. A l'époque actuelle il semble qu'on s'attarde moins à chiffrer le rôle de l'éthylisme comme facteur étiologique de "toutes ces psychoses qui surviennent 90 fois sur 100 en dehors de lui", ainsi que le souligne BOREL.

Pour ce même auteur l'appoint alcoolique paraît être de peu d'intérêt pratique dans l'évolution des psychoses.

Or, nous avons centré cette étude sur celle des troubles neuro-psychiatriques de l'alcoolisme, que ceux-ci soient graves ou mineurs. Nous envisagerons donc "l'appoint alcoolique" essentiellement sous l'angle symptomatologique; lorsque les signes cliniques d'intoxication existent, même s'il s'agit d'un malade antérieurement psychotique, nous avons pensé qu'il était logique d'en tenir compte, puisque telle était la base essentielle de ce travail.

Nous avons donc cru trouver cet "appoint

éthylisme" (pour la période des dix années) chez 2 P.G.,
I schizophrène, 5 malades atteints de délire chronique, 3
maniaques, 6 mélancoliques, 9 épileptiques, II déséquilibrés
psychiques.

DUREE DE SEJOUR

==::==::==::==

Comme nous venons de le voir, l'alcoolisme cérébral détermine surtout des états morbides à évolution aiguë ou subaiguë qui s'opposent à la rareté des états chroniques; et même dans ces derniers cas (syndromes démentiels ou états délirants), la réversibilité des troubles paraît-être l'évolution habituelle.

Toutes ces manifestations neuro-psychiatriques sont curables dans plus de 95 % des cas.

A côté de ces troubles mentaux graves, il faut signaler le nombre sans cesse croissant des malades qui entrent volontairement à l'hôpital suivre une cure de désintoxication; le fait qu'on va aujourd'hui plus volontiers à l'hôpital psychiatrique, que l'assistance médicale et sociale est actuellement plus efficace, et aussi que le milieu familial et la société sont moins tolérants qu'autrefois à l'égard de l'éthylique, sont les raisons essentielles de l'augmentation progressive du nombre des entrées en cure libre.

Si, chez cette catégorie de malades les

troubles mentaux sont minimes (irritabilité, humeur dépressive, baisse du rendement professionnel ...), il s'agit néanmoins d'individus à la limite de la décompensation psychiatrique grave, vers laquelle ils évolueront obligatoirement si les excès ne sont pas supprimés.

Il résulte de ces faits que la durée de séjour de ces malades est courte. En effet, les malades de cure libre ainsi que ceux ayant présenté des troubles graves mais aigus sortent rapidement (un à deux mois de séjour en moyenne).

Parmi les états chroniques, ne reste en fait, à l'hôpital que le malade chez lequel l'alcoolisme n'était qu'un "appoint" : la psychose proprement dite (P.G., schizophrénie, épilepsie ...) est seule la cause du séjour plus prolongé.

L'éthylique est donc finalement le malade parmi tous les autres, qui reste le moins longtemps à l'hôpital.

Au cours de l'année 1957 par exemple, il y a eu en effet 7.701 journées d'hospitalisation dues à l'alcoolisme contre 108.668 pour la totalité du service. Et pourtant, rappelons qu'au cours de cette même année, 43 % des entrées sont dues à l'éthylisme.

C O N C L U S I O N S

==::==::==::==::

L'étude d'un fait aussi complexe que l'alcoolisme, dans un milieu géographique aux limites bien arbitraires, requiert la synthèse d'une multitude de facteurs que nous n'avons pu toujours effectuer.

Délaissant le problème difficile, et auquel nous ne saurions prendre part, des causes profondes qui font que certains individus sont poussés à boire, nous avons limité notre sujet à l'étude de l'éthylique dans son cadre socio-économique et à celle des troubles neuro-psychiatriques dus à son intoxication.

Ce travail qui a porté sur près de 1.000 malades hospitalisés pendant une période de 10 ans à l'hôpital psychiatrique de la Charité sur Loire (Nièvre), et dont le nombre est passé de 20 en 1948 à 159 en 1957, montre l'aspect endémique inquiétant que prend cette intoxication. Nous avons noté que plus d'un malade sur quatre avait présenté un délire aigu ou subaigu : ce pourcentage, en même temps qu'il reflète la gravité des troubles mentaux des éthyliques de la région, nous paraît suffisamment éloquent pour affirmer la réalité de l'extension actuelle de l'alcoolisme.

Nous avons dans une première partie, fait une étude psycho-social du buveur. Nous avons noté entre autres que :

1°) - L'âge moyen des malades entrés à l'établissement et qui est assez élevé, n'a pas varié au cours de ces 10 années étudiées. Mais ces âges s'étaient davantage vers les deux extrêmes depuis quatre ou cinq ans.

2°) - Dans la Nièvre, aucune classe professionnelle ne paraît plus qu'une autre payer davantage son tribut à l'alcoolisme. Il nous a semblé cependant que certaines professions (ouvriers d'usine) ont tendance à amener à l'hôpital une proportion de plus en plus importante d'éthylique : la "baisse du facteur de tolérance à l'alcool" pourrait donner l'explication de ce fait. Et la notion classique d'alcoolisme "professionnel" serait peut-être alors à réviser et à envisager plutôt en fonction des données de la civilisation moderne.

3°) - Nous avons également signalé, que, dans le département, le mode d'intoxication est uniquement vinique (vin rouge). Si l'on envisage ce facteur alcool il nous a paru que la longue période d'intoxication (plus que la quantité ou la qualité de boisson alcoolique absorbée) intervenait dans le déclenchement de certains troubles neuro-psychiques (délire aigu, crises convulsives).

Si, étudiant dans une deuxième partie la symptomatologie clinique, nous n'avons pas mis en évidence des troubles psychiatriques spécifiquement locaux, nous avons cependant noté la rareté des états chroniques (contrairement à ce qu'on noté certains auteurs) par opposition aux formes aiguës et bruyantes.

Nous nous sommes plus particulièrement attachés à rechercher le rôle du sevrage dans l'apparition de ces troubles. Si certaines de ces manifestations en rapport avec l'abstinence sont en effet bien connues (délires aigus notamment), d'autres ont été beaucoup moins étudiées. Le sevrage brusque nous paraît être une cause très fréquente dans le déclenchement des crises convulsives.

De même, certains états dépressifs observés chez les malades au cours de leur séjour à l'établissement semblent relever directement de l'abstinence imposée par leur hospitalisation.

L'intérêt de ce travail nous apparaît surtout comparativement à des études semblables faites dans d'autres régions et où les facteurs sociaux et économiques y sont différents.

Ainsi l'ensemble de ces travaux peuvent aider à comprendre le problème de l'alcoolisme qui peut finalement

ne pas paraître insoluble; et de toutes façons, comme le souligne SIVADON, "pour tout fait psychiatrique, de telles études, sont les seules qui soient susceptibles d'apporter des notions directement utilisables, tant dans le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie mentale, que de la thérapeutique et de l'assistance.

o

o o

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

==::==::==

On pourra trouver une importante bibliographie dans les ouvrages de :

DEROBERT (L) et DUCHENNE (H) : "L'alcoolisme aigu et chronique : problème médico-légal et psychiatrique (Bailière Edit. 1942).

FOUQUET (P) : "Névrose alcoolique" (Encyclopédie médico-chirurgicale II 1945).

PERRIN (P) "L'alcoolisme" (l'Expansion scientifique française Edit. Paris 1950).

et une bibliographie étrangère dans les ouvrages de :

AMARK (C) "Etude sur l'alcoolisme" (Munksgaard Edit.) Copenhague 1951).

FELDMANN (H) : "Contribution à la thérapeutique biologique de l'Alcoolisme chronique" (L'Expansion scientifique).

JELLINEK (E.M.) : "Intoxication alcoolique et alcoolisme chronique" (Yale University. Press 1942).

Nous nous contenterons d'indiquer les ouvrages qui nous ont plus particulièrement servi :

AUJALEU (E) et JEAN (B) : "Importance de l'alcoolisme dans les Hopitaux psychiatriques de France (Revue d'Hygiène et de Médecine sociale-Tome I 1953).

BENSOUSSAN (P.A.) "Syndromes de sevrage et états de besoin observés au cours de l'alcoolisme chronique" (La Semaine des Hopitaux - Oct 1956).

BERNARD (P), LECUYER (R) et BLESS (G) : "300 alcooliques traités dans un hopital psychiatrique (La Semaine Médicale. Janvier 1947).

BOREL (J) : "Le déséquilibre psychique" (Presse Universitaires de France 1947).

BOREL (J) : "Le vrai problème de l'alcoolisme" (Brunel Edit.)

CARON (M) : "Toxicologie de l'Alcoolisme" (Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1955).

CHARLIN (A) : "Traitement de l'alcoolisme chronique - Etude critique et statistique" (IIIème Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française).

COIRAULT (R) et LABORIT (H) : "Le delirium tremens" (Masson et Cie Edit.).

COURJON (J) et PERRIN (J) : "Intérêt du contrôle E.E.G. des alcooliques chroniques" (Revue neurologique 86 n° 2 1952).

DAUMEZON (G), GOASDOUE et NIZARD : "Niveau professionnel et alcoolisme mental (LIème Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française - Pau 1953).

DELAY (J) : "L'électricité cérébrale" (Presses Universitaires de France 1950).

DELAY (J) PICHOT (P) THUILLIER (J) : "Les nouvelles chimiothérapies de l'alcoolisme (Annales Médico-psychologiques 1949).

DELAY (J) et VERDAUX (J) : "L'électroencephalographie en psychiatrie (l'Encéphale n° 3 1947).

DESHAIES (G) : "Les conditions psychologiques de l'alcoolisme" (Hygiène mentale 1946 - 1947).

DUBLINEAU (J) et DUCHENE (H) : "Valeur pathogénique des troubles du caractères observés chez les buveurs" (Annales Médico-psychologiques. Juin 1939).

DUBLINEAU (J) et FOLLIN (S) : "Le bourreau domestique et le couple conjugal." (Annales Médico-psychologiques Tome I 1944).

FELDMANN (H) : "Les traitement modernes de l'alcoolisme chronique" (L'Hygiène mentale N° I 1953).

HECAN (H) et DE AJURIAGUERRA (J) : "Les encephalopathies alcooliques subaigues et chroniques (Revue neurologique 1956 n° 3).

HEUYER (G) et FOUQUET (P) : "Les psychoses carcérales" (La Semaine des Hopitaux Oct. 1941).

LECONTE (M) : "Troubles psychiques au cours de l'ivresse alcoolique" (Gazette des Hopitaux 127.32.1954).

LEDERMANN (S) : "Alcool, alcoolisme, alcoolisation" (Revue de l'Institut National d'études démographiques-Presses Universitaires de France 1956 - 1957).

LEREBoullet (J) PLUVINAGE (R) et BONIS (A) : "Les atrophies cérébrales (Revue du praticien 4.9.1954).

MAGNAN : "De l'alcoolisme" (A. DELAHAYE edit. 1874).

MARCHAND (L) : "Maladies mentales - Etudes anatomo-biologiques. L'alcoolisme neuro-psychiatrique (Legrand edit.).

MAUNOURY (P) : "Etude de l'alcoolisme dans la Sarthe". Thèse Paris 1956.

MICHAUX (L) et BUGÉ (A) : "Etude clinique des délires alcooliques aigus (Revue neurologique n° 5 1956).

NACHIN (C) : "Essai d'interprétation de l'alcoolisme psychiatrique actuel". (La Raison 2ème Trim. 1957).

PRUDENT (F) : "Contribution à l'étude E.E.G. de l'intoxication éthylique chronique" (Thèse Paris 1956).

REQUET (A) : "L'alcoolisme psychiatrique dans le prolétariat masculin (Revue d'hygiène et de Médecine sociale Dec. 1957).

SIVADON : "Géographie humaine et psychiatrique, suivie de la discussion de MM. BESNARD, AUBIN (H.), ABELY (P), LECOMTE (M), KOURETAS, MINKOWSKI, HEUYER, BONNAFE, (XLVIème Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et Pays de langue française - Marseille 1948).

